

共同生活住居契約家賃額証明書

令和 年 月 日

(あて先)一宮市福祉事務所長
(障害福祉課 認定グループ)

事業者名
(契約者)

代表者名

印

下記のとおり、共同住居の利用に係る賃貸借契約を締結(している・する予定である)ことを証明します。

事業所番号	
事業所名	

受給者番号	
利用者氏名	
共同住居名	
契約期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
家賃額	円/月 (日割計算の場合) 円/日

※受給者番号は、支給決定前に申請する場合は空欄とすること。

※家賃額欄には、共益費・光熱水費等を含めないこと。

※契約期間は契約書に記載された期間を記載すること。また、契約期間に定めがない場合は開始日を記載し、終了日については余白に無期限と記載すること。なお、自動更新の場合は、当初の契約期間を記載し、余白に「〇年ごとに自動更新」と記載すること。

担当者名	
連絡先	